

PERFIL DE PROYECTO

NICARAGUA

I. DATOS BÁSICOS

Nombre del proyecto:	Redes Integradas de Salud
Número del proyecto:	NI-L1068
Equipo de proyecto:	Emmanuelle Sánchez-Monin, Jefe de equipo (SPH/CNI); Frederico C. Guanais de Aguiar (SCL/SPH); María Cristina Landázuri (LEG/SGO); Martha Guerra (SCL/SPH); Francys Reyes (SPH/CNI); Brenda Álvarez y Juan Carlos Lazo (ambos PDP/CNI)
Prestatario:	República de Nicaragua
Organismo ejecutor:	Ministerio de Salud (MINSa)
Financiamiento:	BID (CO): US\$28,1 millones (FOE): US\$28,1 millones Local: Total: US\$56,2 millones
Salvaguardias:	Políticas Identificadas: OP-704, OP-765 Clasificación: Categoría B

II. JUSTIFICACIÓN GENERAL Y OBJETIVOS

A. Situación de Salud y Respuesta Institucional

- 2.1 En proceso de transición epidemiológica, Nicaragua enfrenta una **doble carga de enfermedad**: la relacionada con afecciones perinatales, deficiencias nutricionales y enfermedades transmisibles (Grupo 1), aunque en descenso, sigue alta, mientras la carga producida por el envejecimiento y estilos de vida no saludables ya es mayoritaria y en rápido aumento. La mortalidad por diabetes ha quintuplicado desde 5,6 por 100.000 habitantes en 1990 a 28,5 en 2010. Las cinco principales causas de muerte ilustran esa doble carga, siendo: enfermedades cardiovasculares, tumores, enfermedades transmisibles, causas externas y afecciones del período perinatal. Pero esa transición no es uniforme en el país. A nivel nacional el 13% de las muertes es causado por afecciones del Grupo 1, pero esas causas explican más del 20% y hasta el 30% de la mortalidad en las regiones de mayor pobreza.
- 2.2 **Salud materno-infantil.** La mortalidad infantil ha bajado de 42 por mil nacidos vivos (‰ NV) en el quinquenio 1993-1998, a 29‰ NV en 2001-2006: el país ya alcanzó el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM-4)¹. La mortalidad materna también ha disminuido de 100 a 67 muertes por cien mil nacidos vivos entre 2001 y 2010 según el Ministerio de Salud (MINSa), aunque la tendencia actual no permitiría cumplir con el quinto ODM. Los datos agregados ocultan importantes desigualdades. En el área rural la mortalidad infantil llega a 34‰ NV contra 24‰ NV en la urbana², y en el quintil más pobres es de 35‰ NV contra 19‰ NV en el quintil de mayor bienestar. Más del 70% de las muertes maternas

¹ Rajaratnam, J. K., et al. (2010).

² INIDE, Encuesta Demográfica y de Salud 2006-2007 (ENDESA 2006-2007). La ENDESA 2011-2012 está siendo recolectada.

registradas por el MINSA provienen del área rural³ y de tres Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) en particular: la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), Jinotega y Matagalpa priorizados por el MINSA y la cartera del Banco. La razón de muertes maternas en la RAAN alcanzó el promedio trianual 2009-2011 de 194 muertes por cien mil NV, casi tres veces el promedio nacional. La mortalidad neonatal⁴ no se ha reducido desde las últimas dos Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA) por lo que actualmente las tres cuartas partes de la mortalidad infantil ocurren en el período neonatal. La desnutrición crónica en menores de cinco años del quintil más pobre alcanzó 35% en 2006-2007 contra 22% a nivel nacional, mientras el sobrepeso y la obesidad aumentan rápidamente, especialmente entre las mujeres adultas.

- 2.3 **Persisten brechas en la cobertura** en las áreas de mayor pobreza que explican gran parte de la mortalidad materna y neonatal: donde la atención perinatal es más baja, ambas mortalidades son consistentemente más altas, y las limitaciones de acceso influyen en la cobertura. En 2007 solamente el 35,6% de las complicaciones obstétricas fueron atendidas en establecimientos de salud que ofrecían Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE)⁵ y si bien esa oferta ha aumentado, los tres SILAIS con menor disponibilidad de COE en 2011 fueron los que más muertes maternas tuvieron. Para incidir sobre indicadores finales no solamente la cobertura sino **la calidad de la atención** debe mejorar, tomando en cuenta que la mortalidad neonatal no ha disminuido en un período en que la cobertura de parto institucional sí incrementó⁶. La auditoría del desempeño realizada en ocho de los 17 SILAIS en 2011 reveló que solamente el 47% de las Historias Clínicas Perinatales Básicas fueron llenadas correctamente⁷. Las encuestas de hogares demuestran que el mejorar trato y pertinencia y reducir el tiempo de espera fomentaría la demanda además de mejorar la efectividad, elementos que deben ser tomados en cuenta si se quiere incidir sobre comportamientos como determinantes de la salud post transición epidemiológica.
- 2.4 **Respuesta institucional.** El MINSA promulgó en 2008 el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAF) que enfatiza la promoción y prevención en las comunidades, la dispensarización⁸ de las familias, y la extensión de cobertura de servicios de salud esenciales gratuitos “privilegiando a los más necesitados”. El MOSAF promueve redes integradas y prioriza restaurar la capacidad de resolución en los territorios, en particular ampliando la disponibilidad de COE⁹. MINSA está formulando el Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) con aprobación prevista en septiembre 2012 y para lograr redes integradas y mejorar la distribución de los recursos hacia áreas actualmente deficitarias. En cuanto a calidad, iniciativas específicas como el Plan Parto¹⁰ fomentan participación

³ MINSA/OPS, Exclusión Social en Salud, Managua 2008.

⁴ Ocurrida durante los primeros 28 días después del nacimiento.

⁵ UNFPA (2008).

⁶ 16 por mil nacidos vivos, ENDESA 2001 y 2006-07. Pérez, W. et al. (2011).

⁷ GESAWORLD, Auditoría del Desempeño MINSA, (2012).

⁸ El registro y atención médica periódica a individuos y familias según factores de riesgo de salud.

⁹ MINSA, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2008).

¹⁰ Organización comunitaria para el transporte de las embarazadas/parturientas hacia una casa materna y/o el Centro u hospital.

comunitaria y continuidad de la atención y se siguen los esfuerzos de adecuación cultural y humanización de la misma.

- 2.5 **Gestión y gasto.** El gasto del MINSA creció como porcentaje del Producto Interno Bruto de 2,2% en 2001 hasta un máximo de 4,1% en 2009 (y 3,8% en 2011), pero por el tamaño limitado de la economía, el gasto total equivale a US\$103 per cápita¹¹. El peso del gasto de los hogares ha disminuido pero el quintil más pobre gasta en salud el 11,5% de su ingreso versus el 3,9% entre el quintil más favorecido¹², por lo que seguir mejorando la focalización de los recursos públicos hacia grupos de menor acceso permitirá disminuir más la desigualdad. El MOSAFC contempla mejorar la gestión en especial a través de los Acuerdos Sociales para la Salud y el Bienestar (ASSB)¹³ y se adoptó en 2011 una política de contabilidad analítica con miras en relacionar los logros físicos con el esfuerzo presupuestario, y mejorar así la calidad del gasto en salud.
- 2.6 **Estrategia de País y Noveno Aumento General de Recursos**¹⁴. La estrategia 2008-2012 destaca entre sus enfoques la mejora de la gestión y cobertura de los servicios sociales básicos. La operación propuesta contribuirá directamente a la línea de mejora de la calidad de los servicios de salud y cobertura en forma sostenible a la población más vulnerable, contribuyendo a aumentar la cobertura de partos institucionales en línea con las metas del país de reducción de la mortalidad materna e infantil. Al mejorar la capacidad resolutive y calidad de los servicios cuya efectividad es reconocida para disminuir la desigualdad y mejorar la productividad, esta operación también está alineada con la Estrategia Social GN-2588¹⁵, y contribuirá a la meta institucional mandatada por el Noveno Aumento de Recursos (AB-2764) de “personas con acceso a servicios básicos de salud y nutrición”.

B. Objetivos, marco de resultados preliminar y descripción

- 2.7 **Objetivo y resultados esperados.** El programa propone mejorar la capacidad resolutive de la red de servicios en territorios priorizados con el fin de mejorar el acceso a servicios de calidad y, en consecuencia, la salud y bienestar de la población. Bajo una estrategia de red integrada ello se lograría incidiendo en las capacidades clínicas y gerenciales, según la evidencia internacional reciente¹⁶ y apoyando la inversión pública en la capacidad resolutive de la red pública en los mismos territorios priorizados por sus brechas actuales de acceso.
- 2.8 **Componente 1. Fortalecimiento de la gestión de redes integradas (US\$11,5 millones).** Este componente busca mejorar la capacidad de respuesta de la red del MINSA a las necesidades de salud de la población, bajo dos ejes: (i) integralidad y continuidad de la atención; y (ii) mejoramiento de la calidad. El primer eje financiará actividades de implementación de la estrategia de

¹¹ MINSA, Cuentas Nacionales de Salud-2009 (2012). Promedio regional es US\$545 según CEPAL, (2011).

¹² EMNV 2009.

¹³ Los ASSB establecen metas de producción y de calidad para la red pública fortaleciendo el vínculo presupuesto/resultados.

¹⁴ BID: Estrategia de País con Nicaragua 2008-2012 (GN-2499).

¹⁵ Estrategia para una Política Social favorable a la Equidad y la Productividad.

¹⁶ OPS (2011). Integrated Health Service Delivery Networks. OMS. *The World Health Report 2008*.

promoción y prevención en salud, de identificación de las familias y factores de riesgo (conocido como “dispensarización”), la continuidad de la atención impulsando el uso gradual de expedientes electrónicos, la consolidación de los sistemas de referencia y contra referencia y el pilotaje de una estrategia de sostenibilidad de las casas maternas que podrá incluir incentivos al uso de servicios perinatales. El segundo eje reforzará los sistemas de gestión para mejorar la planificación y gerencia de la red apoyando la actualización continua de las carteras de servicio, la gestión del abastecimiento, los sistemas de información y comunicación, monitoreo y evaluación, incluyendo la dotación de equipos informáticos y de comunicación y el desarrollo de recursos humanos en los ámbitos clínicos y gerenciales citados.

- 2.9 **Componente 2. Implementación del plan maestro de inversión en salud para cerrar brechas en territorios priorizados (US\$40,5 millones).** Este componente ayudará a cerrar brechas de capacidad resolutive en territorios de mayores rezagos epidemiológicos y de limitaciones en la oferta de servicios, mediante inversiones priorizadas por el PMIS. Abarca la construcción y rehabilitación de infraestructura incluida el diseño, la gestión ambiental, la construcción, y la supervisión; el equipamiento médico y no-médico para unidades beneficiadas necesario para su funcionamiento; y las consultas públicas de valoración social de las inversiones. Basado en la identificación preliminar de esas brechas en los territorios priorizados de Matagalpa, Jinotega y la RAAN, los recursos del programa financiarían la rehabilitación de un hospital regional y uno departamental, la construcción de una bodega regional de insumos, un hospital primario, e intervenciones en centros y puestos de salud, casas maternas y vivienda de personal de salud en zonas alejadas.
- 2.10 **Componente 3. Rectoría, administración, monitoreo y evaluación del Programa (US\$4,2 millones).** Este componente apoyaría la gestión del programa por intermedio de: el fortalecimiento de la función rectora del MINSA, con la contratación temporal de recursos técnicos en las Direcciones y Divisiones Generales que conforman el Comité Técnico de los Programas, el gasto operativo en concepto de monitoreo y la asistencia técnica para las auditorías y evaluaciones del programa.

III. TEMAS DE DISEÑO Y CONOCIMIENTO DEL SECTOR

- 3.1 **Cartera del BID en salud y lecciones de la etapa 1**¹⁷. Con la primera etapa de Redes Integradas de Salud (RIS)¹⁸, implementada en los SILAIS de Jinotega, Matagalpa y la RAAN se sentaron las bases de la gestión integrada de redes. También se actualizaron y divulgaron protocolos y se consolidó la estrategia de promoción y prevención en salud. Ésos constituyen avances de calidad, entendida como continuidad, apego a normas y pertinencia de la atención. Finalmente, en esa etapa se identificó e inicio la implementación del PMIS, beneficiando Centros de Salud y Hospitales primarios de los SILAIS priorizados (RIS). La operación

¹⁷ Mejoramiento de la Salud Materno Infantil (1607/SF-NI) US\$30 millones, 2005-2009. Redes Integrales de Salud (1897/BL-NI) US\$20 millones. Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria (2527/BL-NI) US\$20 millones. Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (NI-G1001), US\$3,5 millones de financiamiento.

¹⁸ Etapa actualmente finalizando, y cuyas metas de ejecución (o hitos) han sido cumplidas.

confirmó: (i) la necesidad de cerrar brechas de cobertura en territorios priorizados como los tres SILAIS beneficiados; (ii) de seguir mejorando la calidad; (iii) de aumentar la capacidad resolutive de la red de servicios donde existen las mayores brechas y (iv) de consolidar las reformas para permitir la focalización del gasto en salud, incentivando la aplicación de metodologías de gestión del desempeño y de priorización desarrolladas bajo RIS-1. La cartera de inversión del Banco se complementó entonces a partir del 2011 con el Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en Municipios vulnerables, que provee financiamiento incremental por persona atendida con un conjunto de atenciones de conocida costo-efectividad y bajo estándares de calidad y para fortalecer la demanda y en la plataforma comunitaria a través de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Mientras los Préstamos de Reformas de Política para 2011 y 2012 (2603/BL-NI y NI-L1064) incentivan la mejoría del gasto y gestión apuntalando las políticas de focalización y seguimiento del mismo y de mejoría de su eficiencia. La operación aquí propuesta vendría a ampliar e implementar los avances metodológicos de gestión de redes logrados en la etapa 1, así como la inversión en la capacidad resolutive donde existen las mayores brechas.

- 3.2 **Sostenibilidad del Gasto e Inversión en Salud.** El mejorar la focalización y efectividad del gasto público en salud es necesario para justificar y gestionar el espacio fiscal requerido para sostener dicho gasto. En este sentido, el estudio económico de la operación analizará la relación costo-beneficio de las intervenciones planteadas, que fortalece la promoción de la salud y prevención así como la capacidad resolutive del nivel primario para reducir la carga sobre el segundo y tercer nivel de atención. El estudio también analizará el impacto fiscal de las inversiones, tomando en cuenta los requerimientos de mantenimiento y operación que generarán como criterio de viabilidad y priorización. Siendo el PMIS un plan nacional otros donantes podrían aprobar financiamientos complementarios.

IV. SALVAGUARDIAS

- 4.1 De acuerdo con la Política de Salvaguardia (OP-703) del Banco, se propone la clasificación “B” para esta operación (Anexos [II](#) y [III](#)). Las obras contempladas son rehabilitaciones en el segundo nivel, u obras nuevas de baja complejidad. Ninguna está prevista en zonas protegidas. Se apoyará al MINSA y los municipios para mitigar los riesgos e impactos negativos relacionados con el manejo de desechos, eficiencia energética, entre otros según la normativa nacional. También se apoyará al MINSA durante la preparación para asegurar la pertinencia cultural de las intervenciones y la valoración social de inversiones.

V. RECURSOS Y CRONOGRAMA

- 5.1 Se espera distribuir el Borrador de la Propuesta de Préstamo al Comité de Políticas Operativas el 27 de julio de 2012. El cronograma y la ruta crítica de preparación de la operación están detallados en el Anexo V, previendo la aprobación del Directorio el 12 de septiembre. Los recursos necesarios para el diseño de esta operación son de US\$51.400 para consultorías y US\$9.900 para misiones (ver [Anexo V](#)).

CONFIDENTIAL

SAFEGUARD SCREENING FORM

This Report provides a summary of the project classification process and is consistent with Safeguard Screening Form requirements. The printed Report should be attached as an annex to the PP (or equivalent) and sent to ESR.

1. Save as a Word document. 2. Enter additional information in the spaces provided, where applicable. 3. Save new changes.

PROJECT DETAILS	IDB Sector	[Not Set]
	Type of Operation	Other Lending or Financing Instrument
	Additional Operation Details	
	Country	
	Project Status	
	Investment Checklist	Generic Checklist
	Team Leader	[Not Set]
	Project Title	Toolkit: NI-L1068 - Redes Integradas de Salud
	Project Number	[Temporary Project]
	Safeguard Screening Assessor(s)	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (FREDERICOG@iadb.org)
	Assessment Date	2012-04-18
	Additional Comments	

PROJECT CLASSIFICATION SUMMARY	Project Category: B	Override Rating:	Override Justification:
	Conditions/ Recommendations		Comments:
			<ul style="list-style-type: none"> • Category "B" operations require an environmental analysis (see Environment Policy Guideline: Directive B.5 for Environmental Analysis requirements). • The Project Team must send to ESR the PP (or equivalent) containing the Environmental and Social Strategy (the requirements for an ESS are described in the Environment Policy Guideline: Directive B.3) as well as the Safeguard Policy Filter and Safeguard Screening Form Reports. • These operations will normally require an environmental and/or social impact analysis, according to, and focusing on, the specific issues identified in the screening process, and an environmental and social management plan (ESMP). However, these operations should also establish safeguard, or monitoring requirements to address environmental and other risks (social, disaster, cultural, health and safety etc.) where necessary.

	Identified Impacts/Risks	Potential Solutions
SUMMARY OF IMPACTS/RISKS AND POTENTIAL SOLUTIONS	<p>The negative impacts from production, procurement and disposal of hazardous materials (excluding POPs unacceptable under the Stockholm Convention or toxic pesticides) are minor and will comply with relevant national legislation, IDB requirements on hazardous material and all applicable International Standards.</p>	<p>Monitor hazardous materials use: The borrower should document risks relating to use of hazardous materials and prepare a hazardous material management plan that indicates how hazardous materials will be managed (and community risks mitigated). This plan could be part of the ESMP.</p>
	<p>Generation of solid waste is moderate in volume, does not include hazardous materials and follows standards recognized by multilateral development banks.</p>	<p>Solid Waste Management: The borrower should monitor and report on waste reduction, management and disposal and may also need to develop a Waste Management Plan (which could be included in the ESMP). Effort should be placed on reducing and re-cycling solid wastes. Specifically (if applicable) in the case that national legislations have no provisions for the disposal and destruction of hazardous materials, the applicable procedures established within the Rotterdam Convention, the Stockholm Convention, the Basel Convention, the WHO List on Banned Pesticides, and the Pollution Prevention and Abatement Handbook (PPAH), should be taken into consideration.</p>
	<p>Likely to have minor to moderate emission or discharges that would negatively affect ambient environmental conditions.</p>	<p>Management of Ambient Environmental Conditions: The borrower should be required to prepare an action plan (and include it in the ESMP) that indicates how risks and impacts to ambient environmental conditions can be managed and mitigated consistent with relevant national and/or international standards. The borrower should (a) consider a number of factors, including the finite assimilative capacity of the environment, existing and future land use, existing ambient conditions, the project's proximity to ecologically sensitive or protected areas, and the potential for cumulative impacts with uncertain and irreversible consequences; and (b) promote strategies that avoid or, where avoidance is not feasible, minimize or reduce the release of pollutants, including strategies that contribute to the improvement of ambient conditions when the project has the potential to constitute a significant source of emissions in an already degraded area. The plan should be subject to review by qualified</p>

		independent experts. Depending on the financial product, this information should be referenced in appropriate legal documentation (covenants, conditions of disbursement, etc.).
	Moderate Greenhouse Gas Emissions are predicted.	Greenhouse Gas (GHG) Assessment: The borrower should promote the reduction of project-related greenhouse gas emissions in a manner appropriate to the nature and scale of project operations and impacts. The borrower should quantify direct emissions from the facilities owned or controlled within the physical project boundary and indirect emissions associated with the off-site production of power used by the project. Quantification and monitoring of GHG emissions should be conducted annually in accordance with internationally recognized methodologies (i.e. IPCC - http://www.ipcc.ch/). In addition, the borrower should evaluate technically and financially feasible and cost-effective options for the reduction/offset of emissions that may be achieved during the design and operation of the project. The Sustainable Energy and Climate Change Initiative (SECCI) can help with this task (http://www.iadb.org/secci/).
	Safety issues associated with structural elements of the project (e.g. dams, public buildings etc), or road transport activities (heavy vehicle movement, transport of hazardous materials, etc.) exist which could result in moderate health and safety risks to local communities.	Address Community Health Risks: The borrower should be required to provide a plan for managing risks which could be part of the ESMP; (including details of grievances and any independent audits undertaken during the year). Compliance with the plan should be monitored and reported. Requirements for independent audits should be considered if there are questions over borrower commitment or potential outstanding community concerns.
	Transport of hazardous materials (e.g. fuel) with minor to moderate potential to cause impacts on community health and safety.	Hazardous Materials Management: The borrower should be required develop a hazardous materials management plan; details of grievances and any independent health and safety audits undertaken during the year should also be provided. Compliance with the plan should be monitored and reported. Depending on the financial product, this information should be referenced in appropriate legal documentation (covenants, conditions of disbursement etc). Consider requirements for independent audits if there are concerns about commitment of borrower or potential outstanding community concerns.
	Project construction activities are likely to lead to localized	Construction: The borrower should demonstrate how the construction impacts

	and temporary impacts (such as dust, noise, traffic etc) that will affect local communities and workers but these are minor to moderate in nature.	will be mitigated. Appropriate management plans and procedures should be incorporated into the ESMP. Review of implementation as well as reporting on the plan should be part of the legal documentation (covenants, conditions of disbursement, etc).
--	--	--

DISASTER SUMMARY	Details	Actions
	The Project should include the necessary measures to reduce disaster risk to acceptable levels as determined by the Bank on the basis of generally accepted standards and practices. Alternative prevention and mitigation measures that decrease vulnerability must be analyzed and included in project design and implementation as applicable. These measures should include safety and contingency planning to protect human health and economic assets. Expert opinion and adherence to international standards should be sought, where reasonably necessary.	A Disaster Risk Assessment (DRA), is required, as established under Directive A-2 of the DRM Policy OP-704). Please contact a Natural Disaster Specialist in VPS/ESG or INE/RND for guidance.

ASSESSOR DETAILS	Name of person who completed screening:	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (FREDERICOG@iadb.org)
	Title:	
	Date:	2012-04-18

SAFEGUARD POLICY FILTER REPORT

This Report provides guidance for project teams on safeguard policy triggers and should be attached as an annex to the PP (or equivalent) together with the Safeguard Screening Form, and sent to ESR.

1. Save as a Word document. 2. Enter additional information in the spaces provided, where applicable. 3. Save new changes.

PROJECT DETAILS	IDB Sector	[Not Set]
	Type of Operation	Other Lending or Financing Instrument
	Additional Operation Details	
	Investment Checklist	Generic Checklist
	Team Leader	[Not Set]
	Project Title	Toolkit: NI-L1068 - Redes Integradas de Salud
	Project Number	[Temporary Project]
	Safeguard Screening Assessor(s)	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (FREDERICOG@iadb.org)
	Assessment Date	2012-04-18
	Additional Comments	

SAFEGUARD POLICY FILTER RESULTS	Type of Operation	[Not Set]	
	Safeguard Policy Items Identified (Yes)	Does this project offer opportunities for indigenous peoples through its project components?	(B.01) Indigenous People Policy– OP-765
		Activities to be financed in the project area are located within a geographical area or sector exposed to natural hazards (Type 1 Disaster Risk Scenario).	(B.01) Disaster Risk Management Policy– OP-704
		The Bank will make available to the public the relevant Project documents.	(B.01) Access to Information Policy– OP-102
		Does this project offer opportunities to promote gender equality or women's empowerment through its project components?	(B.01) Gender Equality Policy– OP-270

		<p>The operation is in compliance with environmental, specific women’s rights, gender, and indigenous laws and regulations of the country where the operation is being implemented (including national obligations established under ratified Multilateral Environmental Agreements).</p>	<p>(B.02)</p>
		<p>The operation (including associated facilities) is screened and classified according to their potential environmental impacts.</p>	<p>(B.03)</p>
		<p>The Borrower/Executing Agency exhibits weak institutional capacity for managing environmental and social issues.</p>	<p>(B.04)</p>
		<p>An Environmental Assessment is required.</p>	<p>(B.05)</p>
		<p>Consultations with affected parties will be performed equitably and inclusively with the views of all stakeholders taken into account, including in particular: (a) equal participation of women and men, (b) socio-culturally appropriate participation of indigenous peoples and (c) mechanisms for equitable participation by vulnerable groups.</p>	<p>(B.06)</p>
		<p>The Bank will monitor the executing agency/borrower’s compliance with all safeguard requirements stipulated in the loan agreement and project operating or credit regulations.</p>	<p>(B.07)</p>

		The operation has the potential to impact the environment and human health and safety from the production, procurement, use, and disposal of hazardous material, including organic and inorganic toxic substances, pesticides and Persistent Organic Pollutants (POPs).	(B.10)
		The operation is a repeat or second phase loan.	(B.14)
		Suitable safeguard provisions for procurement of goods and services in Bank financed projects may be incorporated into project-specific loan agreements, operating regulations and bidding documents, as appropriate, to ensure environmentally responsible procurement.	(B.17)
	Potential Safeguard Policy Items(?)	No potential issues identified	
	Recommended Action:	Operation has triggered 1 or more Policy Directives; please refer to appropriate Directive(s). Complete Project Classification Tool. Submit Safeguard Policy Filter Report, PP (or equivalent) and Safeguard Screening Form to ESR. The project triggered the Disaster Risk Management policy (OP-704). A Disaster Risk Assessment (DRA), is required, as established under Directive A-2 of the DRM Policy OP-704). Please contact a Natural Disaster Specialist in VPS/ESG or INE/RND for guidance.	
	Additional Comments:		
ASSESSOR DETAILS	Name of person who completed screening:	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (FREDERICOG@iadb.org)	
	Title:		
	Date:	2012-04-18	

PROGRAMA DE REDES INTEGRADAS DE SALUD FASE II
(NI-L1068)
Estrategia Ambiental y Social

El Programa de Redes Integradas de Salud, Fase II, tiene por objetivo mejorar la capacidad resolutive de la red de servicios de salud en territorios priorizados con el fin de mejorar el acceso a servicios de calidad y, en consecuencia, al estado de salud y bienestar de la población. Lo anterior, bajo una estrategia de red integrada en territorios priorizados por sus brechas actuales de acceso, se realizará incidiendo en las capacidades clínicas y gerenciales, según la evidencia internacional reciente y apoyando la inversión pública en la capacidad resolutive de las instalaciones públicas en los mismos territorios priorizados.

A. Medio Ambiente

De acuerdo con la política de Salvaguardias del Medioambiente (OP-703), se propone otorgar al Proyecto NI-L1068 la clasificación B. El Proyecto contempla la inversión en infraestructura de la red de servicios, bajo las prioridades identificadas en el plan maestro de inversiones en salud. Esa inversión consistirá en obras de construcción de nueva infraestructura y rehabilitación, e incluirá el diseño, los procesos de gestión ambiental bajo las normas existentes del País, la construcción, y la supervisión de ésta; la dotación de equipamiento médico y no-médico para unidades beneficiadas necesaria para su funcionamiento; y los mecanismos de consulta pública para la valoración social de las inversiones. Basado en la identificación preliminar de esas brechas en los territorios priorizados de Matagalpa, Jinotega y la RAAN, los recursos del Programa financiarían la rehabilitación de un hospital regional y uno departamental, la construcción de una bodega regional de insumos, de un hospital primario, así como intervenciones en centros y puestos de salud, casas maternas y vivienda de personal de salud en zonas alejadas. El nivel de complejidad de esas obras queda limitado, toda vez que el Plan Maestro prevé privilegiar construcciones de una sola planta, y que el énfasis está en rehabilitar unidades existentes. Las construcciones nuevas se limitan a unidades del nivel primario o de la red comunitaria (vivienda de personal y casas maternas, donde no se proveen servicios de salud, sino solamente albergue y acciones de promoción. Dado que los locales servirán para atender al público, será necesario asegurar que los mismos cumplan con la política de prevención de desastres naturales del Banco, y con los procedimientos de gestión ambiental del País desarrollados e implementados en las operaciones de inversión social (con el Fondo de Inversión Social de Emergencia, FISE y el propio MINSa) apoyadas por el Banco y otros donantes. Para asegurar el cumplimiento referido, se incluirá como norma en el reglamento operativo del programa, se reservarán recursos en el componente 2 y se prepararán los términos de referencia correspondientes para que el Organismo Ejecutor lleve a cabo las acciones requeridas, desde la selección de los locales a rehabilitar, de los terrenos a utilizar y hasta el diseño y ejecución de los proyectos mismos.

B. Impactos Sociales

El objetivo del Programa es mejorar la capacidad resolutive de la red integrada de servicios de salud en territorios priorizados, con el fin de contribuir al acceso a servicios de calidad y en

consecuencia, al estado de salud y bienestar de la población. Para alcanzar dicho objetivo, el Programa prevé (1) un componente de fortalecimiento de la gestión de redes integradas que consiste en mejorar la capacidad de respuesta de la red del MINSA a las necesidades de salud de la población; (2) un componente de implementación del plan maestro de inversión en salud para cerrar brechas en territorios priorizados; y (3) un componente que permita la gestión eficiente y transparente del programa intermedio del fortalecimiento de la función rectora del MINSA, el gasto operativo en concepto de monitoreo y la asistencia técnica para la auditoría y evaluaciones del programa.

Se anticipa que el Programa, con el fin de asegurar la complementariedad y aprovechar sinergias entre los contenidos de otras operaciones con apoyo del Banco, será focalizado en los cuatro SILAIS de Jinotega, Matagalpa, Bilwi y las Minas (los dos últimos que corresponden al territorio de la RAAN, el SILAIS de Las Minas es de reciente creación) ámbito de ejecución de RIS-1, y del Programa de Fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria, junto con la donación de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Esas áreas son las de mayor concentración de la población indígena del País, por ello, se definirán estrategias de intervención con pertinencia cultural, siguiendo los lineamientos de la Política Operativa sobre Pueblos Indígena (OP-765). Adicionalmente, se prevé aplicar normas de atención y mecanismos de participación que están en proceso de revisión y sistematización con un enfoque de género, cultural y de inclusión. El proceso de preparación de la operación incluye una revisión de las normas de atención con enfoque de género, inclusión y pertinencia cultural, y la preparación de una estrategia de comunicación social con las mismas características.

Finalmente, los criterios de priorización del Programa contemplan intervenciones en beneficio de áreas rurales dispersas, en la actualidad que presentan una alta concentración de pobreza, por lo que se espera que el impacto del Programa en términos de equidad sea progresivo, al brindar el servicio de atención a una población vulnerable descubierta.

ÍNDICE DE TRABAJO SECTORIAL PROPUESTO O COMPLETADO

Temas	Descripción	Fechas Estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Diagnóstico del sector	Informe Final de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006/7, INIDE. Junio 2008.	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35250929
	Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal, MINSA. Octubre de 2008.	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35251226
	Estrategia de Salud 2010: Indicadores Sanitarios, MINSA.	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35254873
	Auditoría del Desempeño – Informe Anual 2009. GESAWORLD. Marzo 2010.	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35251128
	Evaluación Institucional del Sistema de Financiamiento de Salud Nicaragüense y Propuestas para Mejorar y Fortalecerlo: Una trayectoria hacia la cobertura universal, OMS, OPS. Febrero 2009.	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35251300
	Rajaratnam, J. K., Marcus, J. R., Flaxman, A. D., Wang, H., Levin-Rector, A., Dwyer, L., Costa, M., et al. (2010). Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. <i>Lancet</i> , 375(9730), 1988-2008. Elsevier Ltd. doi:10.1016/S0140-6736(10)60703-9	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36828996

	Pérez, W., Peña, R., Persson, L.-Å., & Källestål, C. (2011). Tracking progress towards equitable child survival in a Nicaraguan community: neonatal mortality challenges to meet the MDG 4. <i>BMC public health</i> , 11(1), 455. BioMed Central Ltd. doi:10.1186/1471-2458-11-455	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36828987
	Muiser, J., Sáenz, M. del R., & Bermúdez, J. L. (2011). [The health system of Nicaragua]. <i>Salud pública de México</i> , 53 Suppl 2(1), s233-42. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877088	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36828959
Opciones técnicas y diseño	Informe de Gestión Ambiental y Social	Junio 2012	TDR
	Análisis de la viabilidad económica.	Junio 2012	TDR
	PAHO. (2011). Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. Washington, DC.	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36828972
	World Health Organization. (2008). <i>The World Health Report 2008 Primary Health Care – Now More Than Ever. Development</i> . Geneva.	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36829032

	<p>García Prado, A., & Cortez, R. (2011). Maternity waiting homes and institutional birth in Nicaragua: policy options and strategic implications. <i>The International journal of health planning and management</i>. doi:10.1002/hpm.1107</p>	Disponible	<p>http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36828918</p>
	<p>Broughton, E. I., Gomez, I., Nuñez, O., & Wong, Y. (2011). Cost-effectiveness of improving pediatric hospital care in Nicaragua. <i>Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health</i>, 30(5), 453-60. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22262272</p>	Disponible	<p>http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36828905</p>
	<p>Regalía, F., & Castro, L. (2009). Nicaragua: Combining Demand- and Supply-Side Incentives. In R. Eichler & R. Levine (Eds.), <i>Performance incentives for global health: potential and pitfalls</i> (pp. 215-236). Washington, DC: Center for Global Development.</p>	Disponible	<p>http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36829185</p>
	<p>Victora, C. G., Wagstaff, A., Schellenberg, J. A., Gwatkin, D., Claeson, M., & Habicht, J.-pierre. (2003). Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. <i>Lancet</i>, 362(9379), 233-41. doi:10.1016/S0140-6736(03)13917-7</p>	Disponible	<p>http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36829172</p>

	World Health Organization. (2010). <i>Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health.</i>	Disponible	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=
Temas Operativos	Costeo del programa	Junio 2012	TDR
	Manual de operaciones		TDR

CONFIDENTIAL